

次の項目に該当する場合は次の にチェック (✓) をしてください。
 東浦町に住所を有している。 健康保険に加入している。
 令和3年1月以降に母子健康手帳の交付を受け、妊娠中である。
 障害者医療、母子家庭等医療など他の公費医療費助成の対象ではなく、
医療費の助成が受けられる受給者証を持っていない。
→すべての項目に該当する方は、申請書の太枠内を記入してください。

様式第1 (第5条関係)

妊婦医療費補助金交付対象者確認証交付申請書		
		年 月 日
東浦町長		
		住所
		申請者 氏名
		電話
次のとおり申請します。		
なお、東浦町において、確認証の交付に必要な関係公簿を調査することに同意します。		
対象者	フリガナ	生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別添写のとおり	
	被保険者氏名	
	記号・番号	
	保険者名 (保険者番号)	()
	資格取得日	年 月 日
母子健康手帳交付日		年 月 日
分娩予定日		年 月 日
※ 確認証	番号	
	交付日	年 月 日
	交付対象期間	年 月 日から 年 月 日まで
※ 取得事由	母子手帳交付 ・ 転入 ・ その他 ()	
※ 備考	他公費医療費助成：なし・あり () 認定：適・否	

※の欄は、記入しないでください。